

# 基本情報

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日		男・女
		S・H	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒			
電話（ご自宅）			電話（携帯）	
メールアドレス	優先連絡先 ご自宅/携帯 留守番電話 可/不可			
血液型	身長	cm	体重	kg

## 下記の質問事項を読んでお答えください

1. 当院を受診するのは初めてですか？ はい / いいえ
2. 当院を知ったきっかけは何ですか？  
 当院ホームページ（パソコン/携帯）  クリニック検索サイト  
 家族からの紹介  ご友人・知人からの紹介  チラシ等広告物
3. 女性の方にお尋ねします。  
現在、妊娠していますか？または妊娠の可能性ありますか？  
 いいえ  妊娠の疑いがある  妊娠している  
→最終月経はいつでしたか？ ( 年 月 日)
4. 本日の来院目的は何ですか？  
 注射、点滴  
 レーザー脱毛  
 メディカルエステ  
 栄養療法（栄養相談、栄養学的検査及び治療）

## 問診票（注射・点滴）

1. 今までに大きな病気で治療をしたことがありますか？

	いつ頃	病名	治療した病院
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	( ) 歳 ( )	( )
		( ) 歳 ( )	( )

2. 薬や注射・アルコール・食品などで発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？

ない  ある 薬名・食品名 ( ) 症状 ( )

3. アレルギー性の病気や体質はありますか？

ない  ある (喘息・花粉症・アトピー・その他)

4. 現在、他の病気で治療を受けていますか？

いいえ  はい 【高血圧・糖尿病・高脂血症・甲状腺疾患 ( )  
癌 ( ) ・喘息・線維筋痛症・うつ・不妊症】

5. 現在、服用している薬はありますか？

いいえ  はい 薬剤 ( )

6. 今までに自費診療で注射、点滴を受けたことがありますか？

	いつ頃	内容
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	( ) ( )

7. ご希望の内容に○をつけてください。

疲労回復 美肌 ダイエット 発毛 不眠 アンチエイジング 飲み会対策 (肝機能  
増強) プラセンタ 高濃度ビタミンC 癌再発予防 その他 ( )

8. G6PD検査を受けたことがありますか？

いいえ  はい

# 問診票（栄養療法）

1. 現在、一番気になる症状を教えてください。

--

2. 症状や病気はいつ頃からですか？

\_\_\_\_年前から / \_\_\_\_歳から

3. この症状や病気の治療状況を教えてください。

現在治療している      はい / いいえ

過去に治療していた      はい / いいえ

→はいと答えた方      いつ頃（      ）

    どのような治療（      ）

4. 当てはまるものにチェックをつけてください。

なるべく低額で今より少しでも元気になりたい

血液検査のみ希望

しっかりとした分子栄養学的検査及び診断を希望

5. 現在、治療中の病気について教えてください。

病名		発症時期・年齢	歳
治療状態			
病名		発症時期・年齢	歳
治療状態			

## 【受診歴】

6.胃カメラを受けたことがありますか？

はい / いいえ

(はいと答えた方)

ピロリ菌検査は受けましたか？

はい / いいえ

ピロリ菌感染

有 / 無

(有と答えた方)

除菌完了       除去予定       放置

## 【既往歴】 御本人

病名	発症時期・年齢	歳
手術      有・無	手術の内容	
治療内容		

病名	発症時期・年齢	歳
手術      有・無	手術の内容	
治療内容		

## 【家族歴】

血の繋がった家族に特別な病気はありますか？

間柄	病名	発症した年齢
手術      有・無	手術の内容	
治療内容		

7.現在、服用している薬やサプリを全て教えてください。

--

8. 当てはまるものにチェックをつけてください。

便通は毎日ありますか？

- はい     週に4～6回     週に1～3回     1週間以上ない

便の性状は？

- 普通     コロコロ/硬い便     軟便     下痢

9. 最近、体重の増減はありましたか？

- いいえ     はい (      kg増・減 /      ヶ月)

あてはまるものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/>	いつも口を開けている
<input type="checkbox"/>	口を閉じると顎に梅干しのようなしわができる
<input type="checkbox"/>	食べるときにくちやくちや音を立てる
<input type="checkbox"/>	朝起きたときに喉がヒリヒリする
<input type="checkbox"/>	歯のかみ合わせが悪い
<input type="checkbox"/>	唇がよく乾く
<input type="checkbox"/>	いびきや歯ぎしりがある
<input type="checkbox"/>	口臭が臭い
<input type="checkbox"/>	たばこを吸っている
<input type="checkbox"/>	鼻咽頭から喉へ痰が流れる
<input type="checkbox"/>	話し声のかすれや鼻声がある
<input type="checkbox"/>	口呼吸である
<input type="checkbox"/>	水泳または激しいスポーツをしている（または過去にしていた）

## 食事について

1. 食事は1日何回食べますか？ 回

2. 実践している食事法があればチェックをつけてください。

糖質制限  グルテンフリー  カゼインフリー

【糖質制限をしている方のみお答えください。】

糖質制限をして体調はいかがですか？

調子がいい  調子が悪い  無性に甘いものが食べたくなる

3. あてはまるものに○をつけてください。

お菓子	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
インスタント食品	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
乳製品	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
お酒	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
コーヒー	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない
パン	よく食べる / 時々食べる / 全く食べない

その他食事で気をつけていることがあれば教えてください。



3. 普段運動はされますか？

はい / いいえ

運動の種類	頻度 (/週)	運動時間	汗をかきますか？	疲れが続く日数
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間

4. その他、医師に対してのご質問、あるいは医師に知っておいてもらいたいことはありますか？



現在あてはまる現状についてチェックをつけてください。

### 副腎疲労

	疲れを感じる（特に午後2時から4時）
	アレルギー症状の悪化
	塩分や糖분을欲する
	化学物質や他の物質への過敏性（以前はなかったもの）
	眠りについて3時間後には起きてしまう。その後再度眠りにつくのに時間がかかる
	ストレスの多い日は疲れ果ててしまう
	食事を抜くとイライラする、あるいは活力を失う
	集中力が続かない
	風邪をひくと、なかなか治癒しない
	以前はアドレナリンジャンキー（スリルを求めることが好き）だったが現在はスリルを求めなくなった
	腕や顔にシミができてきた

### 副腎ストレス

	疲れているのに横になっても眠れない
	対処しているのにストレスを感じる
	アドレナリンジャンキーである（スリルを求めることが好き）
	抜け毛が多い（髪が薄くなった）
	体重が増加し、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
	不安がある
	甘いものが食べたくなる
	適度（ちょうど良い）なプレッシャーの中で働いている
	大きな出来事のあとはやる気を感じる

### 甲状腺機能低下

	一日中疲れている
	スタミナ（体力がない）
	手足が冷たい
	寒いのが耐えられない（寒さのため冬が嫌い）
	体重増加
	抜け毛が多い（髪が薄くなってきた）
	目が腫れている
	爪が脆い

はい・いいえでお答えください。 (成人男性のみ)

勃起時、ペニスの硬さが減少した	はい / いいえ
筋肉量が減った	はい / いいえ
体力が落ちた	はい / いいえ

はい・いいえでお答えください。 (成人女性のみ)

経口避妊薬（ピル）を飲んだことがある	はい / いいえ
現在も月経がある	はい / いいえ
お子さんは何人ですか？	人
子宮筋腫になったことがある、あるいは治療中	はい / いいえ
子宮内膜症になったことがある、あるいは治療中	はい / いいえ
出産回数 回 現在妊娠中ですか？	はい / いいえ
最近の出産（妊娠中な場合は予定） 歳	
現在授乳中ですか？	はい / いいえ
閉経年齢 歳 最近の生理開始日 月 日	

あなたにとってストレスに感じるものをあげてください。

ストレス発散するために行なっていること、ストレスを減らすものをあげてください。